Rok L. Kraków, dnia 30. grudnia 1911. Nr 52

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Dalsze doświadczenia z salwarsanem

podał

Dr Maksymilian Mondschein

sekundaryusz szpitala powszech. w Stanisławowie.

Wykonawszy dotąd 750 wstrzyknięć salwarsanu, chciałbym do krótkiego zarysu z września ubiegłego roku dodać ostateczny wynik moich dotychczasowych spostrzeżeń i doświadczeń. Dużo bowiem zmieniło się od owego czasu w poglądach na sposób i wartość działania tego środka. Po najżywszym entuzyazmie, jaki ogarnął świat cały uczonych i cierpiących w chwili narodzin tego środka, przyszedł okres krytyczny. Wynikiem tego są sądy najsprzeczniejsze, stojące na przeciwnych wprost biegunach. Gdy jedni uważają środek ten za genialny wynalazek naszego wieku, za nader cenny nabytek w medycynie, to inni stawiają go tylko na równi z dawnem leczeniem rtęciowem; ba — nawet wielu stawia go niżej od rtęci lub, co więcej, uważa stosowanie jego za szkodliwe dla ustroju. Nie mam tu zamiaru rozpatrywać przyczyny tych różnorodnych zapatrywań, nadmienię tylko, że niejedni czynią to dlatego, bo przyzwyczaili się do starego środka, który ich nieraz wybawił z kłopotu; inni znów, porobiwszy może nieszczególne doświadczenia, oparte na kilku czy kilkunastu wstrzyknięciach (a mające swój powód w niestosownie zrobionym rozczynie, lub niedostatecznej aseptyce), stali się przeciwnikami tego środka. Ci jednak, którzy go wiele razy stosowali (co najmniej kilkaset razy), ci mieli nieraz sposobność spostrzegać szybki, czasem błyskawiczny skutek tego środka w takich postaciach kiły, które leczeniu rtęciowojodowemu długi czas opór stawiały lub zupełnie na nie nie oddziaływały. Do tych postaci należy przedewszystkiem kiła złośliwa, kiła kości i okostnej np. podniebienia lub kości nosowej, kości goleni, gdzie nieraz rtęć i jod zawodzą zupełnie, kilak żrący podniebienia miękkiego, wrzód kiłowy żrący na prąciu, zdarzający się często przy złośliwej kile, bole w stawach pochodzące od zajęcia błon surowiczych, wyścielających staw i t. d.

Bardzo dobre, wprost poronne wyniki miałem sposobność osiągnąć zapomocą salwarsanu przy wczesnej kile, przy dopiero co powstałym wrzodzie twardym. Tu przedewszystkiem osiągnąłem szybkie zagojenie się wrzodu, zmięknięcie twardego nacieku, po dłuższym czasie (3—6 tygodni) zmniejszenie się i ostateczny powrót do stanu prawidłowego obrzękłych gruczołów pachwinowych, a w jednym przypadku twardego wrzodu na wardze dolnej gruczołów podszczękowych. Zauważyłem przytem, że jeśli wrzód pierwotny po wstrzyknięciu salwarsanu powoli się zabliźnia, lub blizna pozostała nie mięknie do 4 tygodni zupełnie, wtedy należy powtórzyć zaraz wstrzyknięcie, gdyż to jest dowodem, że nie cała dawka dostała się do obiegu krwi, lecz część tylko, część zaś uległa zupełnemu, szczelnemu otorbieniu. Ta część może przez długi czas (kilka miesięcy) pozostać niezużytą w tem otorbieniu, jak to zauważyłem w jędnym przypadku, gdzie przy niedostatecznym skutku wstrzyknięcia salwarsanu nastąpiło po silnem uderzeniu w pośladek zropienie w miejscu wstrzyknięcia i wielka część środka wylała się na zewnątrz po nacięciu ropnia.

Ale najważniejsza w tych przypadkach wczesnej kiły jest ta okoliczność, że drugorzędne objawy po bardzo wczesnem wstrzyknięciu salwarsanu wcale nie wystąpiły, a kilkakrotnie przedsiębrana próba Wassermana dała wynik ujemny, coby przemawiało za całkowitem wyleczeniem. Ze stanowiska socyologicznego jestto rzecz nader doniosła i na tę też okoliczność już dawno zwracał Ehrlich uwagę, radząc natychmiast po okazaniu się wrzodu twardego stosować salwarsan. Statystyka dotychczasowa wykazuje wedle Ehrlicha 90% zupełnego wyleczenia tych wczesnych postaci.

Finger w swych zarzutach przypisuje środkowi Ehrlicha nerwotropiczne, t. j. zabójcze własności, uzasadniając swe twierdzenia częstością i wczesnością występowania objawów chorobowych po wstrzyknięciu salwarsanu w dziedzinie nerwów, szczególnie zmysłowych, a także tem, że objawy te same przez się ustępowały, coby musiało przemawiać przeciw kile.

Co do częstości i wczesności występowania tych objawów, to przecie kiła sama wywołuje schorzenia układu nerwowego i to wedle Naunyna właśnie najczęściej w pierwszym roku, a w dalszych latach rzadziej. Kiła mózgu czy rdzenia może wystąpić przecie w każdym okresie kiły, a nie jest wcale przywilejem okresu trzeciorzędnego.

Nie ulega wątpliwości, że po wstrzyknięciu salwarsanu mogą wystąpić pewne czynnościowe zaburzenia nerwowe, ale te są zupełnie przejściowej natury. Te zaburzenia tłumaczy Ehrlich w ten sposób, że po wstrzyknięciu salwarsanu wskutek zabicia wielkiej ilości krętków w jednem miejscu występuje w tem miejscu odczyn analogiczny do tego, który na skórze znamy pod nazwą odczynu Herxhei-

mera. Wyobrazić sobie łatwo, że w wązkim jakimś kanale kostnym obrzęk odczynowy wywołać może ucisk na gałązkę nerwową, tamże przebiegającą. Ucisk ten wkrótce jednak ustaje, stąd i zaburzenia w dziedzinie tego nerwu prędko mijają i tem wytłómaczyć trzeba wspomniane Fingerowskie objawy nerwowe, same przez się ustępujące.

Zresztą inne rzekome uszkodzenia nerwów, przypisywane przez Fingera szkodliwemu działaniu salwarsanu, należy stanowczo przypisać samej kile, a że o nich obecnie od wprowadzenia leczenia salwarsanem częściej słychać, to przypisać należy temu, że teraz bez porównania więcej zwraca się uwagi na te »neurorecydywy«, niż dawniej. Ale przecie już dawno Schnabel i Sany wykazali statystycznie 25% kiłowych schorzeń oczu i to najwięcej we wczesnym okresie kiły, Hutchinson wskazał na częste zajęcie narządu słuchowego wskutek kiły, a Pollitzer oblicza wszystkie przypadki schorzeń błędnika na 7—48%, i to przypadki, zdarzające się między 5.—12. miesiącem po zakażeniu[1]).

Objawy oczne, które w jednym przez Fingera przytoczonym przypadku wystąpić miały po wstrzyknięciu salwarsanu, a które Finger przypisuje zatruciu arsenem, przemawiają zupełnie przeciw temu zatruciu, a tylko za schorzeniem przyrody kiłowej. I tak we wspomnianym przypadku wykazało badanie mroczki przyśrodkowe (skotoma paracentrale) skroniowe, jednostronne, i zwężenie współśrodkowe pola widzenia, a obraz ten odpowiada właśnie schorzeniom kiłowym pozagałkowym, a nie zatruciom arsenem, gdzie podobnie, jak przy zatruciu alkoholem, nikotyną, jodoformem, występują mroczki środkowe (skotoma centrale) obustronne i brak zwężenia pola widzenia, co jest właśnie cechą charakterystyczną tych zatruć. Takie objawy nerwowe należy energicznie leczyć i to wstrzyknięciem salwarsanu do żyły, a wynik zależy zupełnie od czasu, jaki upłynął między wystąpieniem tych objawów a leczeniem i stoi doń w prostym stosunku.

Czy przez wstrzyknięcie jednorazowe salwarsanu można w posuniętym okresie osiągnąć zupełne wyleczenie? Odpowiedź nasza na to brzmi: nie w każdym przypadku. Ale już dziś pewną jest rzeczą (mimo iż obserwacya jest krótka, bo $1^1/_2$-roczna), że istnieją pewne postacie kiły, które na leczenie rtęciowo-jodowe zupełnie są odporne a oddziaływają szybkiem ustępowaniem zmian i zupełnem wyleczeniem po zastosowaniu salwarsanu. Do tego zupełnego wyleczenia przyczynia się w wysokim stopniu poprzedzające je energiczne leczenie rtęciowo-jodowe, choćby krótkotrwałe, niejako przygotowując grunt pod urodzajną glebę.

Na dowód przytoczę tylko dalszy przebieg tych dwu przypadków, które opisałem w pierwszej mojej pracy (w »Przegl. lek.«) we wrześniu ubiegłego roku.

Oboje chorzy dotknięci kiłą nader złośliwą, oboje bardzo energicznie leczeni jodem, rtęcią, wstrzykiwaniem jodypiny, odwarem Zittmana, a mimo to u pierwszego chorego w 5 miesięcy po zakażeniu wrzody kilakowe, drążące do kości, szybko się rozpadające na czole i brodzie i wrzód żrący na prąciu, bardzo szybko się szerzący, przytem gorączka, częste dreszcze i szybkie chudnięcie — u drugiej chorej obraz ogólnego wyniszczenia, zajęcie błon surowiczych wszystkich stawów, opłucnej z wysiękiem następowym, kiłą nerek, kilaki kostne nader bolesne (pobyt 15-miesięczny w szpitalu); wszystkie te objawy znikły jakby pod różdżką czarodziejską po wstrzyknięciu śródmiąższowem »606«. Oboje leczeni są do dziś zupełnie zdrowi (od dnia wstrzyknięcia upłynęło 15 miesięcy), próba Wassermana, trzykrotnie zrobiona w długich odstępach czasu, zawsze ujemna.

Takich wyników otrzymać nigdy nie można leczeniem rtęciowo-jodowem, przeciwnie, odnosi się wrażenie, że ono w tych postaciach kiły przyczynia się tylko do ogólnego wyniszczenia, działając niekorzystnie na przemianę materyi, na trawienie i t. p.

Albo inny bardzo pouczający przypadek:

E. B. 44 lat, od 12 lat żonaty, bezdzietny, żona nie roniła. Przed 20 laty zakażony kiłą, leczony podówczas 30 wcieraniami; na tem koniec. Długi czas bez objawów. Przed 10 laty ostry wiewiór, dotąd nitki tryprowe w moczu. Od $1^1/_2$ roku cierpi chory na częste moczenie, które powoli wzmogło się do tego stopnia, iż chory w ostatnich kilku miesiącach moczy co chwila, a w nocy usnąć z tego powodu nie może. Przy oddawaniu moczu musi chory długo przeć, zanim mocz odda. Leczył się u wielu lekarzy miesieniem gruczołu krokowego, rozszerzaniem cewki (zwężenie w tylnym odcinku przedniej części cewki, 2 cm długie, 21 Charrière), płukaniem pęcherza, także wcieraniami (6 okresów), jodem — wszystko bez skutku.

27. I. 1911: Wstrzyknięcie śródmiąższowe salwarsanu (0·6) w słabo zasadowej zawiesinie.

28. I. Chory skarży się na bole w miejscu wstrzyknięcia, na ciągnące bole wzdłuż całej lewej dolnej kończyny (wstrzyknięcie w lewy pośladek), oddawanie moczu niezmienione.

1. II. Parcie na mocz zupełnie ustało, chory oddaje mocz dwa razy nocą, czuje się podmiotowo zdrowym, nieznaczny ból w miejscu wstrzyknięcia.

10. II. Chory ma ogromny apetyt, wygląda znacznie lepiej, nie moczy się przez całą noc, rano łatwe oddawanie moczu. Odtąd stale zdrów; — odczyn Wassermanna ujemny.

Choćby te trzy przypadki ilustrują najlepiej różnicę działania rtęci a salwarsanu i znaczną wyższość środka Ehrlicha. Jednakże stanowczo stwierdzić muszę na mocy wielokrotnych doświadczeń, że leczenie rtęciowe wspomaga szybkość i wydatność działania środka Ehrlicha. Choremu, zgłaszającemu się z objawami wtóro- lub trzeciorzędnymi, radzę zawsze najpierw poddać się lekkiemu leczeniu rtęciowemu, a potem dopiero stosuję salwarsan. Inaczej postępuję przy objawie pierwszorzędnym, więc przy owrzodzeniu twardem. Tu chodzi o szybkie, a jak najenergiczniejsze zadziałanie, o zalanie obiegu krwi arsenobenzolem, by dostające się do krwi krętki zniszczyć, zanim zdołały się tak rozmnożyć, by wywołać objawy ogólne. Tu chodzi wiele o czas, o każdą — powiedziałbym — chwilkę, o ewentualne niezwłoczne ograniczenie sprawy, temsamem o leczenie poronne.

Ale i w tych przypadkach wtóro- i trzeciorzędnej kiły, w których choćby wstrzyknięcie salwarsanu po energicznem leczeniu rtęciowem nie sprowadziło zupełnej »ste-

[1]) Niedawno na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego lwowskiego przedstawił Kol. Berlstein przypadek, gdzie po salwarsanie wystąpiło zajęcie obu gałązek nerwu słuchowego, a cofnięcie się tych zmian po powtórnem wstrzyknięciu. Przypadek ten przemawia właśnie za słusznością teoryi Ehrlicha powstawania przejściowych ucisków nerwów w szczelinach kostnych, a przeciw twierdzeniu Fingera, szukającemu w salwarsanie własności trujących, któreby wystąpić musiały tem wybitniej po powtórnem wstrzyknięciu (Przyp. aut.).

rilisatio magna«, to pewnem jednak jest, że przez dość częste stosowanie i dostateczną dawkę tego środka osiągnąć można wyniki, których w równie krótkim czasie leczeniem rtęciowo-jodowem osiągnąć nie podobna.

Że przed wstrzyknięciem salwarsanu zbadać należy dokładnie serce, tak w spokoju, jak po wysiłku fizycznym, w pozycyi stojącej i leżącej, o tem każdy wie, na to Ehrlich z samego już początku zwrócił uwagę. Ehrlich zakazywał ostro chorym z wadą sercową wstrzykiwać salwarsan. Już w pierwszej mej pracy jednakże wspomniałem, że trudno chorego kiłowego z wadą sercową wykluczyć od leczenia, mogącego być dla niego zbawiennem w krótszym o wiele czasie, niż rtęć i jod, że w tych przypadkach stosować można salwarsan, ale »in dosi refracta«. Późniejsze moje i wielu innych autorów doświadczenia dowiodły, że tak się rzecz ma istotnie. Chorzy z wadą sercową znoszą małe dawki salwarsanu (0·2—0·4), w mniejszych czy dłuższych odstępach czasu kilkakrotnie wstrzyknięte, dość dobrze, rzadko tylko stwierdza się po salwarsanie przyspieszenie tętna czy silniejsze uderzenia koniuszka sercowego, które jednak przy spokojnem zachowaniu się chorego i podaniu środków kojących bardzo prędko mijają.

Równie ważne, jak zbadanie stanu serca, jest zbadanie ciśnienia krwi, gdyż niejednokrotnie stwierdziłem, że po wstrzyknięciu salwarsanu ciśnienie krwi opada. Przy tętniczej hypertonii, budzącej przypuszczenie miażdżycy tętnic, marskości nerek, choroby Basedowa i t. d. równie jak przy hypotonii (blednica, choroba Addisona, niektóre wynaczynioruchowe zboczenia u neurasteników, u dzieci wyżej 5 lat z ciśnieniem niżej 70 mm) powinno się, jak przy wadzie zastawek sercowych, wstrzykiwać małe dawki kilkakrotnie. Do jakiej takiej oryentacyi w ciśnieniu wystarczy kieszonkowy sfigmomanometr Herza, który można zawsze mieć przy sobie. Jeśli więc przy wadach zastawek sercowych, przy miażdżycy tętnic stosować można salwarsan, to jeszcze ważniejszem jest stosowanie jego przy zmianach w aorcie, czy mięśniu sercowym, czy mózgu na tle kiłowem. Tu należą w pierwszym rzędzie zmiany warstwy środkowej aorty (mesaortitis luetica productiva), pociągające za sobą niedomykalność zastawek aorty, w drugim rzędzie zmiany wsteczne w mięśniu sercowym wskutek zaburzeń w krążeniu w tętnicach wieńcowych z objawami typowej dusznicy bolesnej, dalej rozszerzenie łuku aorty na tle zmian kiłowych (mesaortitis), następnie przypadki, gdzie zmiany miażdżycowe naczyń mózgowych wywołały napady udarowe albo objawy niedomogi kory mózgowej (osłabienie pamięci, zaburzenia w mowie, obniżenie inteligencyi). We wszystkich tych przypadkach można śmiało stosować salwarsan nawet śródżylnie, naturalnie w słabo zasadowym rozczynie, przy zachowaniu ścisłej aseptyki i przy stosownem rozcieńczeniu, bez obawy wywołania jakichkolwiek zmian na błonie wewnętrznej żyły, czy też zakrzepu. Jeśli w takich przypadkach zważy się niebezpieczeństwo, wypływające z istoty samej choroby i porówna je z nieznacznem ryzykiem samego wstrzyknięcia salwarsanem, wtedy każdy trzeźwo myślący musi się oświadczyć za wstrzyknięciem. Naturalnie chory taki musi przez dłuższy czas pozostawać pod ścisłym dozorem lekarza, który zwracać ma baczną uwagę na tętno, czynność serca, ciśnienie krwi, musi się starać najmniejszy nawet objaw niedomogi usunąć; samo przez się rozumie się, że jeśli jakakolwiek niedomoga serca z powodu jednego z powyższych schorzeń przedtem istniała, to należy czekać, aż ona przeminie. Isaac zebrał w tym kierunku na klinice Lassara w Berlinie bardzo pomyślne doświadczenia, lecząc przymiot i różne jego objawy, choćby w układzie krwionośnym, bardzo małemi dawkami salwarsanu. Dawka ta wynosi 0·11 i znajduje się obecnie w handlu w kartonach po 6 ampułek. Wstrzykiwanie tej minimalnej dawki odbywa się co tydzień śródmiąższowo i ma tę zaletę i pierwszeństwo przed wstrzykiwaniem wielkich dawek, że nie jest bolesne, nie wywołuje tak wielkich nacieków, nie zmusza chorego do leżenia dłuższy czas, temsamem chory może oddawać się swemu zawodowi. Z praktycznego, codziennego stanowiska rzecz biorąc, dojść musimy do przekonania, że takie wstrzykiwanie małych dawek na modłę wstrzyknięć rtęci w praktyce przy większym materyale najłatwiej jest wykonalne i nie napotyka na taki opór ze strony chorego, jak wstrzykiwanie śródżylne, wymagające większej wprawy, ogromnej uwagi i koniecznie asysty.

W końcu dodać muszę, że każdy, stosujący w samych początkach przetwór Ehrlicha, wyraźnie spostrzega ogromną różnicę w działaniu przetworów, przysyłanych przez Ehrlicha w lipcu 1910, a w następnych miesiącach. Stosowanie pierwszych przetworów, znaczonych przez Ehrlicha »Id 606«, było połączone z silnymi bolami, tak silnymi, że nieraz stosować musiałem wstrzyknięcie morfiny, a przy stosowaniu między łopatki, więc podskórnem, pociągało częstokroć za sobą nagle występującą duszność, ból opasujący klatkę piersiową, silną, kilkanaście minut trwającą niemiarowość tętna, wymagającą wstrzyknięcia kamfory, czy innego analepticum; prawdą jest, że ten początkowy przetwór pociągał za sobą gorączkę, zwykle bardzo wysoką, między 39—40°, że towarzyszyły jej częste, silne dreszcze, czasem silniejsze uderzenie koniuszka sercowego. Ale — powiedziałbym, wart był tych zaburzeń ostateczny wynik; albowiem tym silnym zaburzeniom towarzyszyło tak szybkie gojenie się i ustępowanie nawet najcięższych zmian, że wprawiało to w podziw i lekarza i otoczenie.

W sierpniu, wrześniu, październiku przyszedł »hyperideal«. Ten wywoływał mniejsze bez porównania zaburzenia, ale równocześnie stwierdzić można było, że zmiany kiłowe ustępowały o wiele powolniej, zauważyć można było stanowczą różnicę w szybkości i stałości działania. W stałości o tyle, że chorzy z pierwszego okresu np. wyżej wspomniani, ale i wielu innych mimo złośliwości kiły, leczonych przetworem »Id 606«, dotąd są zupełnie zdrowi i odczyn Wassermanna jest u nich ujemny, natomiast chorzy, leczeni »hyperidealem«, zaczęli z czasem dawać nawroty, nie wszyscy wprawdzie, ale przecie pewna pokaźna część.

W listopadzie i grudniu 1910 dostawałem pośród ampułek, znaczonych »Hy«, także nierównie większą ilość, znaczoną »E 606« lub »E 606 Op. 74«. Z tych zgoła nie byłem zadowolony, już nawet w chwili rozpuszczania; śmietankowo żółta zawiesina pierwotnego zasadowego rozczynu ustępowała miejsca brudno zielonej zawiesinie o zapachu siarkowodoru. Gdym Ehrlichowi zwrócił na tę okoliczność uwagę, kazał mi środek sobie odesłać, a pod żadnym warunkiem nie stosować.

Wreszcie przyszedł kupny »salwarsan«. Działanie jego

równa się prawie działaniu »hyperideal«, jest jednak powolniejsze i niezawsze przy stosowaniu podskórnem lub śródmięśniowem jest mało bolesne, niezawsze bez następowej gorączki czy dreszczów.

Na mocy mych doświadczeń powiedzieć mogę, że ideałem stosowania przetworu Ehrlicha byłby powrót do pierwotnego, lipcowego przetworu, znaczonego »Id 606«, mimo, iż on pociągał za sobą tyle burzliwych objawów.

To ciągłe wahanie w działaniu rozmaitych wydań tegoż samego przetworu, to ostateczne obniżanie szybkości i stałości działania, było właśnie powodem, że początkowy entuzyazm ustąpił miejsca spostrzeżeniom i sądom, stojącym na przeciwnym wprost biegunie, że przetwór, początkowo faktycznie idealny, pod względem leczniczym zrównali sceptycy z rtęcią, a nawet go jej — zupełnie niesłusznie — podporządkowali, stoi on bowiem, jak sądzę, zawsze wyżej, niż leczenie rtęcią.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Posiedzenie lekarzy ambulatoryum kliniki neurologiczno-psychiatrycznej Uniw. Jagiell. w Krakowie

z dnia 31. X. 1911 r.

(Dokończenie).

3) Kol. Jasieński przedstawia chorego Z. G. lat 13. Po stronie matki gruźlica. W 2. roku życia rzekomo z powodu naświetlenia głowy słońcem chwilowe zamroczenie. Podobne zamroczenie, bez przyczyny, w 11. roku życia. Od 11. roku życia chory gorzej się uczy i uskarża czasami na ból poza uchem lewem. Dnia 8. X. b. r. początek obecnej choroby, objawiający się zamroczeniem, sennością, utrudnieniem mowy. Dnia 13. X. zaczyna ciec z ucha lewego. Dnia 16. X. stan zamroczenia zwiększa się. Nieprzytomność, napad drgawek, podczas którego chory toczy gałkami ocznemi, wykrzywia usta Drgawki całego ciała. zwłaszcza po stronie prawej. Piana z ust. Napad trwa $3^1/_2$ godzin. Nazajutrz stan nieco lepszy, chory nie może jednak mówić, porażenie w mięśniach twarzy po stronie prawej. Dnia 19. X. ręka prawa niedowładna, powłóczenie nogą prawą.

Badanie ambulatoryjne wykazało: niemotę ruchową, porażenie ośrodkowe prawego nerwu twarzowego, zbaczanie języka na prawo, niedowład ręki prawej, pisanie niemożliwe, tętno 110. Odruchy ścięgniste nieco żywsze po stronie prawej. Chory zamroczony. Dno oka prawidłowe.

Dnia 20. X. odesłany na klinikę otyatryczną z rozpoznaniem »meningitis in regione motorica sinistra e otit. med.« i z prośbą o zbadanie uszu. Natychmiast po przybyciu na klinikę chory dostał napadu drgawek, podczas którego jest nieprzytomny. Źrenice nie oddziałują. Zboczenie gałek ocznych w stronę prawą, głowa pochylona w stronę prawą, drżenie oczu. Natychmiastowa operacya (attico-antrotomia) wykazała ropienie w komórkach wyrostka sutkowego Prof. Nowotny oddłutowuje kawał kości skroniowej, mniejwięcej do wysokości kąta oka. Opona twarda na odsłoniętej przestrzeni nie przedstawia zmian. W miejscu najwyżej położonem wydobyto przez nakłucie nieco płynu surowiczego. Przez tydzień po operacyi chory nie gorączkuje, tętno 72. W cztery dni po operacyi mowa polepsza się. Badanie w osiem dni po operacyi wykazuje: drżenie oczu, w zakresie nerwów twarzowych niema żadnych zmian, język nie zbacza, drobne ruchy rąk sprawne, próba pisma poprawna, ręka prawa w całości nieco niedowładna.

Dyskusya: Prof. Nowotny daje wyjaśnienia co do przebiegu operacyi. Stan nie pozwala na przyjęcie ropnego zapalenia opon. — Kol. Blassberg podnosi, że podobny obraz chorobowy mógłby dać ropień przerzutowy, otorbiony bądźto na wysokości ośrodków ruchowych, bądź nawet w innej okolicy, a który to ropień zdaniem jego przebiegać może bez gorączki i bez jakichkolwiek innych ostrych objawów, towarzyszącym zwykle sprawom ropnym. — Kol. Landau wskazuje przedewszystkiem na dziwną kolejność w występowaniu objawów klinicznych. Zupełnie dokładnie bowiem śledzić można, jak z dnia na dzień sprawa chorobowa obejmuje coraz to większą powierzchnię kory mózgowej (twarz, mowa, język, ręka, noga). Już z tego powodu, jak i dlatego, że od początku choroby chory nie gorączkuje, że operacya po oddłutowaniu kości nie wykazała żadnych zmian na oponach płatu skroniowego i że po zabiegu operacyjnym większość objawów szybko się znowu cofnęła, sądzi L., że w danym przypadku przyjąć należy surowicze zapalenie opon mózgowych w okolicy ośrodków ruchowych lewej półkuli w następstwie lewostronnego zapalenia ucha, a to tem bardziej, że tego rodzaju sprawy ustępują niejednokrotnie już choćby po otwarciu tylko przestrzeni podpajęczynówkowej (spatum subarachnoideale). Nie można też wprawdzie zdaniem mowcy wyłączyć i ropnia przerzutowego gdzieś w okolicy ośrodków ruchowych, któryby z sąsiedztwa drażnił ośrodki ruchowe, a któryto ropień razem z dekompresyą, jaką dało niewątpliwie otwarcie czaszki, przestał na razie ujemnie wpływać na owe ośrodki psycho-ruchowe. Przeciwko ropniowi przemawia tu jednak ostre pojawienie się sprawy chorobowej, brak objawów uciskowych (tętno, dno oczu, wymioty), brak gorączki i rozwój choroby, przemawiający niewątpliwie za szerzeniem się jakiejś sprawy chorobowej po korze mózgowej. Możnaby tu wreszcie myśleć i o rozbiorze objawów, podpadających pod pojęcie meningizmu, dla których brakuje najczęściej zupełnie tła anatomicznego w zakresie opon i kory mózgowej. — Kol. Piltz podnosi, że podobny okres mogłaby dać także i padaczka (dane wywiadowe, poprzednie zamroczenia, otępienie w 11. roku życia), gdyż charakter drgawek nie jest wybitnie Jacksonowski. Przychyla się jednak do rozpoznania **surowiczego zapalenia opon**, a względnie dobry wynik operacyi odnosi do dekompresyi.

4) Kol. Rogalski przedstawia przypadek, badany wspólnie z kol. Mazurkiewiczem na oddziale umysłowo chorych w szpitalu św. Łazarza w Krakowie. W. K. mężczyzna l. 55, nieżonaty, robotnik kopalniany. Ojciec chorego alkoholik i epileptyk, siostra, obecnie lat 60, cierpi od trzech lat na napady padaczkowe. W. K. zawszy był zdrów, wiewióra i przymiotu miał również nie przechodzić. Alkoholu nigdy nie nadużywał, po dwóch kieliszkach wódki był już pijany. W jesieni 1910 r. pierwszy napad drgawek padaczkowatych, poczem chory miał być nieprzytomny. Od tego czasu do 18. X. 1911 r. ulegał trzy razy większym napadom drgawek w całem ciele i kilka razy drgawkom w jednej z kończyn. Napady te zawsze krótko trwały, towarzyszyć im miała utrata przytomności. Rodzina podać nie umie, czy drgawki występowały odrazu w całem ciele, czy tylko po jednej stronie ciała lub w jednej z kończyn. Po napadach chory był drażliwy, zły. Z 18. na 19. października 1911 wystąpiły napady drgawek trwające od $1^1/_2$ w nocy do godz. 7 rano: »Chorego przewróciło na twarz i trzepało całem ciałem«. Na trzeci dzień (20. X.) wystąpiło podniecenie psychoruchowe z licznymi omamami wzrokowymi i słuchowymi, które w następnych dniach doszło do tego stopnia, że rodzina była zniewolona odwieźć chorego do szpitala św. Łazarza w Krakowie. Przyjęty 23. X. był dalej silnie podniecony ruchowo i psychicznie, nie rozpoznawał osób, okazywał mnóstwo złudzeń wzrokowych i słuchowych o treści przeważnie nieprzyjaznej dla chorego i bezsenność. Uspokajał się jedynie po wstrzyknięciu hyoscyny. Przy badaniu fizycznem oporny, nieufny, śledzi z bojaźnią każdy ruch badającego. Budowa ciała prawidłowa, odżywienie liche, narządy

wewnętrzne nie wykazują zmian chorobowych. Źrenice równe, okrągłe, obie oddziałują w każdym zakresie prawidłowo. Dno oka bez zmian chorobowych. Odruchy ścięgniste i okostne kończyn górnych i dolnych po lewej stronie żywsze, niż po prawej, gdzie są prawidłowe. Nadto w obrębie kończyn górnych i tułowia aż do pasa, zwłaszcza na plecach, widać przez skórę guzki wielkości mniejszych i większych ziarn grochu, ponad którymi skóra jest przesuwalna. Przy dotykaniu wyczuwa się ich zbitość chrząstkowatą elastyczną. Z dnia na dzień chory coraz więcej się uspokajał. 27. X. podaje zgodne z prawdą dane co do swojej osoby i rodziny. Co do czasu, miejsca i otoczenia chwilowo lepiej, chwilowo gorzej zoryentowany. Kiedy i jak dostał się do szpitala, nie pamięta. Wie, że miewał napady drgawek z podanym wyżej przebiegiem, że wołali za nim »szalony«, bliższych jednak szczegółów podać nie umie. Przy badaniu i rozmowie zwraca uwagę u chorego chęć dowcipkowania, usposobienie, przeważnie gniewliwe i bojaźliwe, zmienia się wtedy chwilowo na wesołe. Przez następne dni chory staje się coraz spokojniejszy, lepiej zoryentowany i mniej bojaźliwy.

Dnia 30. X. o godz. 4 rano wystąpił napad drgawek poprzedzony krzykiem, a zaczynający się od skurczu prawej kończyny górnej, po którym nastąpiły drgawki w całem ciele, trwające 2—3 minut. Chory oddał pod siebie mocz, na ustach piana, zabarwiona krwawo. Następnie występowały drgawki i to głównie w lewej stronie ciała, trwające 2—3 minut, w przerwach co 10 minut. Do godz. 6.15 rano było takich napadów 17. Podczas napadów źrenice oddziaływały na światło. Po ustaniu drgawek chory usnął, przez następny dzień chory osłabiony, rozmawia niechętnie, odpowiada jednak rozsądnie na pytania, podane płyny pije chętnie.

U chorego tego zwracają uwagę następujące szczegóły: Charakter samych drgawek, brak ich przyczyny wobec przytoczonego wyniku badania klinicznego, późnego wieku chorego i niestwierdzenia podkładu opilczego, opisane zaburzenie psychiczne, wreszcie rozsiane guzki pod skórą. Powstało pytanie, czy te guzki pod skórą nie stoją w ściślejszym związku z samą chorobą. Wycięty guzek przedstawił się jako pęcherzyk wypełniony jasnym płynem, w jednem zaś miejscu widoczny był ciemniejszy punkt. Przypuszczenie że mamy do czynienia z **wągrami**, potwierdziło badanie w Zakładzie anatomii patologicznej. Wobec tego wyjaśnił się związek przyczynowy powyższych objawów, według wszelkiego bowiem prawdopodobieństwa wągry takie znajdują się również w mózgu i stały się powodem całego obrazu chorobowego, wywołując i drgawki i zaburzenia psychiczne. Jestto jeden z tych niezbyt licznych przypadków **cysticercus cellulosae in cerebro,** w których obecność wągrów pod skórą pozwala na rozpoznanie. Chory pozostaje w dalszej obserwacyi.

W dyskusyi Rydel zwraca uwagę na skłonność dowcipkowania u chorego (Witzelsucht), jaką spotykamy przy guzach w płatach czołowych. Objaw ten przewlekły może bliżej określić usadowienie się wągrów w mózgu.

(Chory po kilku dniach wśród kilkanaście godzin trwającego stanu padaczkowego umarł; sekcya potwierdziła w zupełności rozpoznanie kliniczne. We wszystkich okolicach mózgu w obu pólkulach w korze, zwłaszcza w jej warstwie podoponowej, rozsiane wągry. Więcej było ich w półkuli prawej, płaty czołowe nie wykazują większego ich nagromadzenia).

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne dnia 6. VI. 1911.

1) Bregman przedstawił przypadek **obrzęku śluzowatego** u 20-letniej panny.

2) Bregman przedstawił dziecko $1^1/_2$-roczne **z częściowym wzrostem olbrzymim** (makrosomia partialis). U prawej rączki paluch i wskaziciel są niezwykle rozwinięte we wszystkich członkach. Z lewej strony dotknięte jest wzrostem olbrzymim przedramię, które jest conajmniej 2 razy grubsze od przedramienia prawego.

3) Bregman przedstawił **płyn mózgowo-rdzeniowy,** wyróżniający się żółtą barwą (xanthochromia).

4) Żebrowski (z Lublina) przedstawił dwa przypadki **ropnia mózgowego pochodzenia usznego**. Oba przypadki operowano z zejściem pomyślnem.

5) Karwacki i Otto: **O obecności ciał wiążących komplement w plwocinie u gruźliczych**. Po omówieniu wyniku prób dotychczasowych wykrycia ciał, wiążących komplement surowicy chorych gruźliczych, przedstawił prelegent technikę i wyniki poszukiwania istot, wiążących komplement w plwocinie gruźliczej. Z 19 plwocin gruźliczych 7 wiązało po 8 kropel dopełniacza, 10 po 5 kropel, 2 po 2 krople. Z 6 plwocin nie gruźliczych żadna nie wiązała nawet 2 kropel.

6) Karwacki przedstawił **odczyn aglutynacyjny z ropą gruźliczą** i omawiał technikę badania.

7) Otto: **O aglutynacyi ogniskowej w plwocinie.** Prelegent badał obecność aglutynin swoistych w plwocinie gruźliczych, posiłując się metodą podaną przez Karwackiego. Ogółem zrobił 54 badań i oświadcza się za stosowaniem próby aglutynacyjnej w wątpliwych przypadkach cierpienia płuc, gdzie może ona mieć rozstrzygające znaczenie.

W dyskusyi Alfred Sokołowski zaznacza, że wyżej podana próba jest jedną z prób dopełniających w sprawie rozpoznawania gruźlicy, należy ją również wypróbowywać głównie w przypadkach wątpliwych przy porównaniu z innemi próbami.

Dr T. Wilczyński.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Wydział krajowy polepszył płace lekarzy pomocniczych w szpitalach krajowych w Krakowie i we Lwowie w ten sposób, że sekundaryusze otrzymają płacę roczną 1600 kor. z corocznym wzrostem o 200 kor. aż do 2200 kor.; dodatek na mieszkanie 720 kor., albo mieszkanie w szpitalu z bezpłatnym wiktem; lekarze adjutowani otrzymają rocznie 1000 kor. z coroczną podwyżką o 200 kor. Obecnie rozpoczęli starania o poprawę płac prymaryusze szpitala lwowskiego.

— Prof. O. Bujwid otrzymał dyplom honorowy za współpracownictwo w urządzeniu międzynarodowej wystawy higienicznej w Dreznie i podziękowanie od austr. ministerstwa spraw wewn. za udział w pracy koło urządzenia wystawy w pawilonie austryackim.

Łódź. Budowa szpitala miejskiego ma się rozpocząć już na wiosnę dzięki ofiarności konsorcyum obywatelskiego, dzier-

żawiącego gazownię miejską, które z dochodów swych przeznacza 40.000 rb. na fundusz budowy szpitala, wynoszący obecnie 200.000 rb. Na czele komitetu budowy szpitala stoi Dr Watten, a do komitetu należą z lekarzy Dr Krakowski i Trenkner.

Z różnych stron. Polski Związek lekarzy i przyrodników w Petersburgu obchodził na posiedzeniu w d. 9. (22) grudnia b. r. jubileusz 50-letniej pracy zawodowej nestora lekarzy polskich w Petersburgu, Dr Bolesława Skargi. Do jubilata przemawiali: imieniem Związku prezes Prof. Czeczott, od »Sokoła polskiego« prezes Dr Hattowski, od »Związku równouprawnienia kobiet« p. Piekarska. Na temże posiedzeniu odbył się wykład Dr Jadwigi Bukowskiej: »Wrażenia z podróży na Daleki Wschód«. Na 50-letni jubileusz Petersburskiego Towarzystwa psychiatrycznego wydelegował Związek jako swych przedstawicieli Prof. Zaleskiego i Prof. Ziemackiego. — Po posiedzeniu odbyła się na cześć Dr Skargi uczta, na której przemawiali Prof. Zaleski, Prof. Ziemacki, Dr Marcinkiewicz, Bukowska, Hattowski i p. Nowakowski.

— Prof. Zaleski miał w Wydziale chemicznym ces. Towarzystwa technicznego w Petersburgu w d. 8. (21) grudnia b. r. wykład: »Sprawa obrony w sferze przemysłu wogóle, a produkcyi chemicznej w szczególności«, zakończony wnioskami, które m. i. dotyczyły nadzoru nad wyrobem leków i reformy ustroju Rady lekarskiej. Wnioski te przekazano zaproponowanej przez prelegenta i zaraz wybranej komisyi, opracowującej materyały dla VII. międzynarodowego Zjazdu chemii stosowanej, mającego się odbyć w Waszyngtonie w r. 1912.

Mianowani: Dr Zofia Sadowska młodszą ordynatorką kliniki lekarskiej Instytutu lekarskiego w Petersburgu.

Zmarli: Prof. Lannelongue w Paryżu.

Redakcya otrzymała: Fidler: Zarys dziejów leczenia gruźlicy oraz przewidywania na przyszłość. »Medyc. i Kron. lek.« 1911. — Szymański: The force used in the removal of adenoids. »Journ. of ophth. and oto-lar.« Chicago 1911.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Purgen. Dr H. Fergen. (Inaug. Diss. Bonn 1908). Badania na przypadku przetoki jelita cienkiego z wykluczeniem grubego. Podając purgen przychodzi autor do wniosku, że środek ten bez uszkodzenia ściany jelita usuwa mechanicznie bakterye wraz z ich podłożem i w ten sposób zmniejsza ich ilość, że nadto silna wydzielina jelita wypłakuje niejako bakterye, siedzące w głębi błony śluzowej i w drogach chłonnych. Pn. W.

Arhovin. Dr Jessler. Praga. (Ze szpitala Braci miłosierdzia). w Pradze, lekarz kierujący Dr Plesinger). (Deutsche Aerzte-Zeitung, Zesz. 22. 1911).

Dążności wielu dermatologów do zwalczania szeroko rozpowszechnionych chorób narządu moczowego także wewnętrznie, nie mogły wystarczyć środki balsamiczne, ponieważ nie osiąga się przez nie działania przeciw drobnoustrojom, a po dłuższem zażywaniu nie obchodzi się bez niemiłych objawów ubocznych. Natomiast przyczynia się według doświadczeń Dra Jesslera **arhovina**, nie należąca do środków balsamicznych, bardzo wiele do zwalczania schorzeń dróg moczowo-płciowych. Arhovina ulega w żołądku szybko wessaniu i bywa doskonale znoszona. W moczu daje się już po krótkim czasie wykazać, mocz alkaliczny staje się przez to kwaśnym, rozkładom się zapobiega. Szybkie zmniejszanie się gonokoków uważa Dr Jessler za dowód powstałego wstrzymania rozwoju gonokoków. Dalej podnosi działanie arhoviny kojące ból i bardzo korzystny wpływ w wielu przypadkach zapalenia najądrza.

»Także pod względem zapobiegawczym zajmuje, zdaniem naszem, arhovina wybitne stanowisko, ponieważ w żadnym przypadku nie stwierdziliśmy schorzenia przerzutowego«. Stosowano arhovinę przy ostrym i przewlekłym wiewiórze, przewlekłym nieżycie pęcherza, zapaleniu najądrza i przeroście gruczołu krokowego, wewnętrznie (6—8 kapsułek dziennie) i miejscowo w postaci pręcików.

Podane historye chorób illustrują w sposób widoczny korzystny wpływ podawania arhoviny na objawy podmiotowe i taksamo uzyskane wyniki przedmiotowe. Szczególnie pouczającym jest przypadek, gdzie od lat 5 trwający przerost gruczołu krokowego z przewlekłym nieżytem pęcherza moczowego, leczony już najrozmaitszymi środkami, okazał już w 5 dni po zaczęciu leczenia arhoviną uderzające wyjaśnienie moczu i skąpy mocz zalegający, tak iż chory sam żądał dalej arhoviny i przenosił ją ponad każdy inny z dotąd zażywanych środków.

Dr Jessler może przeto słusznie doświadczenia swe z arhoviną (Goedecke & Co. Berlin) oznaczyć jako możliwie najkorzystniejsze i »stwierdzić, że arhovina przewyższa wszystkie nam znane wewnętrzne środki przeciwwiewiórowe pod względem ich wpływu korzystnego, nie wykazując ani jednej strony ujemnej«. Hr. W.